FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1911-1912 **N° 22-974**

TABES

ET

PUERPÉRALITÉ

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 25 Avril 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

STRACK (Jacques-Gaston)

Né le 10 Mars 1887, à Nancy (Meurthe-et-Moselle)

Examinateurs de la Thèse :

MM.	HERRGOTT	professeur . .	*Président.*
	HAUSHALTER	professeur . .	*Juges.*
	FRUHINSHOLZ	agrégé	*Juges.*
	SENCERT	agrégé	*Juges.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER

4, QUAI CHOISEUL, 4

1912

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547223_0033

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1911-1912 **N° 22-974**

TABES

ET

PUERPÉRALITÉ

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 25 Avril 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

STRACK (Jacques-Gaston)

Né le 10 Mars 1887, à Nancy (Meurthe-et-Moselle)

ACAD. INTERNAT. BIBL.

Examinateurs de la Thèse :

MM. HERRGOTT professeur . . *Président.*
HAUSHALTER professeur . . *Juges.*
FRUHINSHOLZ agrégé . . . . *Juges.*
SENCERT agrégé . . . . *Juges.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY
IMPRIMERIE ALBERT BARBIER
4, QUAI CHOISEUL, 4

1912

UNIVERSITÉ DE NANCY. FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. GROSS, O ✻, I ⓘ.
Assesseur : M. WEISS, ✻, I ⓘ.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, ✻, I ⓘ ; NICOLAS, I ⓘ ; PRENANT, ✻, I ⓘ. BERNHEIM, O ✻, I ⓘ.

Professeurs : MM.

Clinique chirurgicale	GROSS, O ✻, I ⓘ.
Physique médicale	CHARPENTIER, ✻, I ⓘ.
Médecine opératoire	CHRÉTIEN, I ⓘ.
Clinique chirurgicale	WEISS, ✻, I ⓘ.
Chimie médicale et toxicologie	GARNIER, I ⓘ.
Clinique médicale	SPILLMANN, I ⓘ.
Clinique obstétricale et Accouchements	A. HERRGOTT, ✻, I ⓘ.
Hygiène	MACÉ, I ⓘ.
Clinique médicale	SCHMITT, I ⓘ.
Physiologie	MEYER, ✻, I ⓘ.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	SIMON, I ⓘ.
Histoire naturelle médicale	VUILLEMIN, I ⓘ.
Clinique ophtalmologique	ROHMER, I ⓘ.
Médecine légale	PARISOT, I ⓘ.
Clinique des maladies des enfants	HAUSHALTER, I ⓘ.
Histologie	BOUIN, I ⓘ.
Anatomie descriptive	ANCEL, A ⓘ.
Anatomie pathologique	HOCHE, I ⓘ.

Professeurs-adjoints : MM.

Clinique d'électrothérapie (1)	GUILLOZ, ✻, I ⓘ.
Pathologie externe	VAUTRIN, I ⓘ.

Chargés de Cours complémentaires : MM.

Clinique des maladies des vieillards.	ETIENNE, I ⓘ, agrégé libre.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	L. SPILLMANN, A ⓘ, agrégé libre.
Accouchements	SCHUHL, I ⓘ, agrégé libre.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie (1)	FRŒLICH, I ⓘ, id.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1)	JACQUES, I ⓘ, id.
Clinique des voies urinaires (1)	ANDRÉ, I ⓘ, id.
Clinique des maladies mentales	PARIS, I ⓘ.
Médecine opératoire	MICHEL, I ⓘ, agrégé libre.
Thérapeutique et Matière médicale.	ZILGIEN, I ⓘ, id.

Agrégés en exercice

MM. GUILLOZ, ✻, I ⓘ.	MM. COLLIN, A ⓘ.	MM. BUSQUET.
LAMBERT, I ⓘ.	DUFOUR, A ⓘ.	LUCIEN, A ⓘ.
RICHON, A ⓘ.	SENCERT, A ⓘ.	BINET.
G. GROSS, A ⓘ.	ROBERT, A ⓘ.	PERRIN, A ⓘ.
FRUHINSHOLZ, A ⓘ.		

Agrégés libres

MM. REMY, A ⓘ, FÉVRIER, O ✻, I ⓘ, ETIENNE, I ⓘ, ZILGIEN, I ⓘ, FRŒLICH, I ⓘ, SCHUHL, I ⓘ, JACQUES, I ⓘ, ANDRÉ, I ⓘ, MICHEL, I ⓘ, L. SPILLMANN, A ⓘ.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✻, ⚜, I ⓘ, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A LA MÉMOIRE DE MA MERE

A MA FEMME

A MES FILS

A MON PERE

A MA GRAND'MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HERRGOTT

PRÉFACE

Sur le point de terminer nos études de médecine, nous tenons à remercier nos maîtres de leur bienveillance.

M. le professeur Herrgott, qui nous fait l'honneur de présider notre thèse, nous fit aimer l'art de l'accouchement par ses spirituelles leçons.

M. le professeur agrégé Frühinsholz, qui nous inspira notre thèse et nous fit acquérir en de larges mesures nos connaissances pratiques en obstétrique recevra ici l'hommage de notre reconnaissance.

C'est avec fruit et intérêt que nous avons suivi les cliniques et conférences si intéressantes de M. le professeur Haushalter sur les maladies des enfants. Il nous fait aujourd'hui l'honneur d'accepter de faire partie de notre jury de thèse.

Nous n'oublierons pas non plus les sages conseils prodigués par MM. les professeurs de clinique médicale Spillmann et Schmitt.

Remercions aussi M. le professeur Weiss et en par-

ticulier M. le professeur agrégé Sencert qui nous apprit aux consultations tant de pratique chirurgicale. Lui aussi a bien voulu faire partie de notre jury de thèse.

Merci encore à MM. les professeurs Ancel et Bouin qui nous ont rendu si facile l'étude ardue de l'anatomie et de l'histologie.

Un bon souvenir au docteur Hypolitte, ancien chef de clinique à la Faculté, qui nous encouragea toujours dans la carrière choisie par nous.

Je ne veux pas oublier les docteurs Martin, Guillemin, Bertrand, Hippolyte et tant d'autres qui, par leur amitié, nous ont adouci ce que pouvait avoir d'aride les études médicales.

Un cordial merci au docteur Bohler qui, par sa connaissance approfondie de l'allemand, nous fut d'un si utile secours pour notre thèse.

Je garderai d'eux, dans le cours de ma carrière, le souvenir d'excellents camarades et j'espère continuer avec eux des relations si solidement nouées.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Le sujet de notre thèse inaugurale étant « Tabes et Puerpéralité », il nous a semblé intéressant de rechercher dans les auteurs classiques, ce qui pouvait avoir été écrit sur ce sujet.

Voici les résultats de cette enquête :

Vinay, dans son « Traité des maladies de la grossesse », étudiant au chapitre XI les maladies du système nerveux, reste muet sur le tabes et ses relations avec la grossesse.

Cazeaux, dans son « Traité théorique et pratique de l'art des accouchements », au chapitre : maladies qui peuvent exister pendant la grossesse, ne mentionne pas le tabes.

Tarnier, dans le « Traité de l'art des accouchements », au tome II intitulé : pathologie de la grossesse, au chapitre : Maladies du système nerveux, n'en dit pas un mot.

Ribemont-Dessaignes, dans le chapitre : Pathologie

de la grossesse de son « Précis d'obstétrique », ne parle pas du tabes.

Winckel, dans le chapitre : Erkrankungen des Centralnervensystems de son livre intitulé : « Handbuch der Gebursthülfe », cite le tabes dans les maladies de la moelle épinière que l'on rencontre dans la grossesse. Il fait remarquer simplement qu'en général l'accouchement n'est pas troublé, mais qu'il se produit la plupart du temps sans douleurs.

Bar, dans son « Traité de l'art des accouchements », ne fait qu'effleurer la question.

D'autres auteurs ont publié les observations des cas qu'ils ont eu sous les yeux.

Le premier en date est Litschkus, mais il ne donna que peu de détails, de même Médail, à Bordeaux. Un auteur allemand, Mirabeau, donne à son tour une observation détaillée d'un accouchement indolore chez une tabétique, il essaie surtout d'expliquer ce phénomène. Heitz, la même année, publie deux cas, son étude est plus vaste, il analyse les relations existant entre le tabes et la grossesse et va jusqu'à poser la question de l'interruption de la grossesse.

Grenier de Cardenal fut le premier qui, dans sa thèse soutenue à Bordeaux en 1903, ait réuni les cas connus de grossesse et de tabes. Il passe en revue les relations du tabes avec la vie génitale de la femme. Il publia, trois ans après avec Abadie, une observation où il note des crises de faux accouchement.

Dufour et Cottenot rassemblèrent les cas où le tabes donne aux vomissements de la grossesse le caractère d'incoercibilité.

Deux auteurs allemands, Penkert et Jakub, à leur tour, publièrent deux observations avec accouchement indolore ; le premier s'attache à montrer que l'interruption de la grossesse, en cas de coïncidence avec le tabes, est inutile, et le second tente d'expliquer l'indolence de l'accouchement.

Cette année, M. le professeur Frühinsholz publie l'observation qui fait le sujet de notre thèse.

Les cas publiés sont donc, on le voit, assez peu nombreux.

CHAPITRE II

INTRODUCTION

Le tabes et la grossesse peuvent-ils coïncider ? on voit que oui d'après ce qui a été dit au précédent chapitre. Et pourtant ces cas sont rares. Peu sont mentionnés. Il semble qu'il y ait à cela différentes raisons. D'abord le tabes ne se manifeste souvent qu'à un âge où le pouvoir de conception de la femme est très diminué, d'un autre côté la femme tabétique présente une stérilité plus grande que la femme normale, et si nous nous en rapportons aux statistiques, à celles de Mendel par exemple, nous constatons que le nombre des femmes tabétiques stériles varie de 30 à 33 pour cent.

MM. Spillmann et Perrin expliquent cette stérilité par le fait que la femme tabétique doit être considérée comme syphilitique.

Il est encore une raison, pour expliquer la rareté des cas publiés, c'est que souvent il est difficile de diagnos-

tiquer un tabes pendant une grossesse, et il se peut que plusieurs cas n'aient pas été soupçonnés.

Dufour et Cottenot ont appelé surtout l'attention sur cette difficulté du diagnostic. Certaines manifestations du tabes sont très voisines de celles de la grossesse et peuvent être confondues avec elles. Nous citerons simplement les crises gastriques du tabes et les vomissements incoercibles, les crises vésicales du tabes et les troubles vésicaux de la grossesse.

On ne reconnaît guère alors le tabes qu'en procédant à un examen minutieux et méthodique du sytème nerveux de la parturiente.

On voit par ces quelques données combien il est intéressant de reconnaître surtout un tabes au début. Car bien des phénomènes que l'on remarque alors seraient difficilement explicables si ce diagnostic n'était pas posé.

Quelle conduite tenir dans certains cas de soi-disant vomissements incoercibles ? quelle explication donner de la non perception des mouvements fœtaux pendant la grossesse chez certaines femmes ?

Que dire de l'accouchement indolore lorsqu'il se produit, là où on ne soupçonne pas le tabes ?

On se rend facilement compte de l'intérêt que comporte ces problèmes et surtout de leur solution, c'est pourquoi il nous a semblé utile de réunir dans cette thèse tout ce qui a rapport au tabes et à la puerpéralité.

Il semblerait indiquer de rechercher systématiquement le tabes, chez des parturientes où l'on aurait des

doutes, éveillés par l'un des phénomènes précédents, sur l'intégrité du système nerveux.

Voyons donc quelle est l'innervation des organes génitaux chez la femme, et quels rapports la moelle peut avoir avec eux.

CHAPITRE III

INNERVATION DES ORGANES GÉNITAUX CHEZ LA FEMME

Les nerfs qui actionnent l'utérus émanent de deux sources : le grand sympathique et le système cérébro-spinal. Pour le grand sympathique l'utérus puise au plexus ovarique et au plexus hypogastrique ; le premier correspond au pédicule vasculaire utéro-ovarien, et le second au pédicule utérin. Le plexus ovarique qui tire son origine des plexus rénal, solaire et lombo-aortique suit l'artère utéro-ovarienne, il pénètre avec elle dans le ligament large, donne un grand nombre de filets à l'ovaire, quelques-uns à la trompe et se perd par ses dernières ramifications dans le corps de l'utérus.

Le plexus hypogastrique, naît du lombo aortique, se renforce de tous les filets antérieurs venus de la portion sacrée du sympathique et de filets moins nombreux empruntés aux 1re, 2e, 3e et 4e paires sacrées. De

chaque plexus hypogastrique naissent plusieurs groupes de filets plexiformes dont le plexus utérin qui aborde l'utérus par son col. Il accompagne l'artère utérine dans le pied du ligament large, et se divise en un grand nombre de filets pénétrant l'utérus par les parties latérales. Ces filets se prolongent les uns vers la partie antérieure, les autres vers la partie postérieure de l'utérus et forment, comme sur les côtés, de riches réseaux intra-musculaires. De ces réseaux partent des ramifications terminales qui président aux contractions utérines.

Les filets les plus élevés de ce plexus s'anastomosent avec les dernières divisions du plexus ovarique. Les inférieurs s'unissent aux rameaux du plexus vaginal et pénétrent dans la partie correspondante du col de l'utérus. Sur le trajet des nerfs de l'utérus dans le plexus utérin, on remarque de chaque côté du col, un ganglion dit ganglion cervical, c'est de lui que naissent les divisions utérines ci-dessus décrites.

Les filets terminaux seraient de trois ordres vasculaires, musculaires et muqueux.

D'après certains auteurs, Hunter, Tiedemann, Remak, etc., les nerfs de l'utérus gravide participeraient à l'hypertrophie de l'organe.

Considérons maintenant les nerfs du vagin, ils proviennent de deux sources, du plexus hypogastrique et du honteux interne, branche du plexus sacré. Avant de pénétrer dans la paroi du vagin, ils forment tout autour de l'organe un plexus péri-vaginal sur les mailles duquel se voient de tout petits ganglions, les rameaux qui

en partent se distinguent au point de vue de leur terminaison comme les nerfs de l'utérus.

Ayant passé en revue l'innervation des organes génitaux et comme le tabes a pour principale lésion la sclérose des cordons postérieurs, il semble logique de placer dans ce chapitre l'étude de ce même cordon.

Le cordon postérieur de la moelle comprend deux faisceaux, l'interne ou faisceau de Goll, et l'externe ou faisceau de Burdach. Ces deux faisceaux affectent une forme triangulaire.

Ces faisceaux peu différents par leur nature sont constitués en majeure partie par les fibres des racines postérieures, ou fibres radiculaires, ces fibres se nomment encore fibres exogénes.

A elles se mélent constamment un certain nombre de fibres provenant directement de la moelle, ce sont les fibres endogénes.

Les fibres exogenes provenant des racines postérieures ou sensitives ne sont autres que ces racines elles-mémes, ces racines tirent leur origine des cellules nerveuses des ganglions spinaux, ce sont les prolongements internes de ces cellules.

Ces racines pénétrent dans le sillon collatéral postérieur et s'y étalent à la partie moyenne de la zone de Lissauer, elles forment deux groupes, le groupe externe constitué par des fibres grêles a développement tardif, le groupe interne beaucoup plus considérable que le précédent se compose en grande partie de fibres grosses et a développement précoce, une fois dans la zone de Lissauer toutes les fibres radiculaires postérieures se

bifurquent en deux branches, l'une ascendante, l'autre descendante.

Les fibres descendantes, très grêles, suivent de haut en bas la zone de Lissauer ou même la partie avoisinante du faisceau de Burdach. Après quelques centimètres seulement de trajet, elles s'infléchissent en avant et en dehors et pénétrent dans la corne postérieure en s'y terminant par une arborisation libre.

Pour les branches ascendantes, il y a une différence à faire entre celles qui proviennent du groupe externe et celles qui proviennent du groupe interne, les premières très courtes pénétrent immédiatement après leur origine dans la tête de la corne postérieure et s'y terminent par des arborisations libres, elles ne prennent pas part à la constitution du cordon postérieur. Les secondes occupent d'abord la partie interne de la zone de Lissauer, se portent en dedans et en avant, elles se jettent, après avoir contourné le sommet de la substance gélatineuse de Rolando, dans le cordon postérieur et forment, par leur ensemble, le faisceau radiculaire du cordon postérieur.

A son entrée dans le cordon postérieur, ce faisceau se place dans le faisceau de Burdach sur le côté interne de la corne postérieure, puis il se porte de bas en haut et de dehors en dedans, traverse obliquement le cordon de Burdach, atteint le côté externe du faisceau de Goll, y pénètre et y reste jusqu'à sa terminaison.

Dans sa première position, le faisceau radiculaire revêt la forme d'un croissant, dont le bord convexe fait saillie dans le faisceau de Burdach, c'est le champ cornu radiculaire de Pierre Marie.

Cette première étape est très courte, car immédiatement au-dessus d'un faisceau radiculaire un autre entre dans la moelle, qui viendra, lui aussi, s'appliquer contre la corne postérieure, il ne le fera qu'en refoulant le premier en dedans.

Dans la deuxième position le trajet est plus long, par sa direction oblique ascendante le faisceau augmente l'intervalle qui le sépare de la corne postérieure, dans cette étape le faisceau s'est aplati dans le sens transversal et s'est allongé dans le sens antéro-postérieur, il prend la forme d'une bandelette, c'est la bandelette externe de Pierret.

Sur une coupe de la troisième position, dans le faisceau de Goll on voit le faisceau prendre l'aspect d'un triangle dont la base dirigée en arrière répond à la périphérie de la moelle et dont le sommet repose en un point quelconque du septune médian.

Depuis son entrée dans la moelle jusqu'à son entrée dans le faisceau de Goll, il diminue d'importance car, chemin faisant, il abandonne de ses fibres qui se rendent à la corne postérieure.

On peut diviser les fibres de ce faisceau en trois ordres :

1° Les courtes qui l'abandonnent lors de la première étape pour pénétrer dans la tête de la corne postérieure ;

2° Les moyennes, qui s'en séparent pendant la deuxième étape et entrent dans la corne postérieure au niveau de la colonne de Clark ;

3° Les fibres longues qui vont par la troisième étape, tout d'un trait, jusqu'au bulbe.

Elles sont d'autant plus longues qu'elles proviennent d'une racine placée plus bas dans la série. Le faisceau de Goll s'accroît graduellement à mesure qu'il s'élève, tout nouveau paquet radiculaire se place sur le côté externe du précédent et le refoule en dedans et un peu en arrière.

Les fibres radiculaires longues dans le bulbe rencontrent les noyaux de Burdach et de Goll, et chacune s'y termine par une arborisation libre.

C'est à ce niveau que les impressions recueillies à la périphérie passent du neurone périphérique dans le neurone central.

CHAPITRE IV

TABES ET GROSSESSE

A. — Influence de la grossesse sur le Tabes

La grossesse a-t-elle une influence sur le tabes et si elle existe, quelle est-elle ?

Cette question est sujette à controverse et à l'heure actuelle les avis sont très partagés, malgré cela, il semble qu'il y ait aggravation des manifestations tabétiques en coïncidence avec la grossesse.

Une grande partie des auteurs admet qu'à ce moment le tabes évolue avec une accentuation profonde de ses symptômes.

Il semblerait pourtant qu'après l'accouchement, il puisse y avoir une amélioration passagère. L'observation de Médail semble typique à ce point de vue ; la voici.

OBSERVATION I

(Médail)

Femme de 45 ans, entrée en juillet 1884 dans le service du professeur Pitres. Elle a eu 5 enfants, deux survivent. Nie la syphilis.

Tabes depuis un an caractérisé par des troubles de la miction et des douleurs dans les jambes. La malade tombe enceinte pour la sixième fois, alors apparaissent des douleurs très vives dans la partie inférieure du tronc, de l'œdème des membres inférieurs avec impotence presque complète et anesthésie, de la paralysie des sphincters avec incontinence, de l'anesthésie de la muqueuse rectale.

Ces troubles persistent jusqu'à l'accouchement à terme, le 1er novembre 1884.

L'œdème et les douleurs disparaissent, ensuite la sensibilité rectale revient et la malade peut uriner seule.

D'un autre côté, nous noterons un cas de Thiess, où le tabes aurait subi un arrêt dans son évolution.

Abadie et Grenier de Cardenal croient que la grossesse atténuerait plutôt les manifestations douloureuses.

Dans le cas publié par M. le professeur Frühinsholz, la grossesse n'a pas sensiblement réagi sur le tabes.

Cependant quelques auteurs, Heitz par exemple, vont jusqu'à poser la question de l'avortement provoqué dans le but d'empêcher l'aggravation du tabes.

Bernhardt provoqua l'avortement chez une tabétique pour calmer les douleurs insupportables ressenties par la malade.

Ils sont les seuls de leur avis. Penkert, Dufour et

Cottenot pensent nettement que le tabes n'est pas une indication suffisante pour interrompre la grossesse.

Mendel est de cet avis avec cette restriction que l'on doit tenir compte de chaque cas particulier.

Nous nous rangerons à l'avis de Penkert, car outre que l'avortement n'arrêterait que bien peu l'évolution fatale du tabes, il faut penser que dans beaucoup de cas les malades mènent leur grossesse à terme et donnent naissance à des enfants bien constitués.

Etudions donc quelle peut être l'influence immédiate de la grossesse sur le tabes et quels sont les symptômes qui paraissent être momentanément accentués ?

Parmi eux, il y a surtout les symptômes stomacaux. En effet, sur 26 observations citées dans notre thèse, nous en trouvons 8, où furent observées des crises gastriques.

Le tabes débute souvent par des crises gastriques se reproduisant de temps en temps, or, on a noté chez certaines femmes enceintes des vomissements incoercibles, chez les unes tabétiques reconnues, on a pensé à des crises gastriques aggravées par l'état de grossesse, chez les autres, après avoir essayé les traitements ordinaires contre les vomissements incoercibles, on a été amené à penser qu'il existait peut-être un état spécial du système nerveux et ce n'est qu'après un examen approfondi que l'on porta le diagnostic de tabes.

Voici les observations réunies à ce sujet.

OBSERVATION II

(Dufour et Cottenot)

Il s'agit d'une dame S. ., blanchisseuse, âgée de 35 ans, entrée le 3 novembre 1908, dans le service de médecine de la Maternité.

Troisième grossesse actuellement au quatrième mois, a fait elle-même son diagnostic, vomissements incoercibles.

Lorsqu'elle devint enceinte pour la première fois à 26 ans, elle a eu des vomissements continuels. Traitée par des lavements alimentaires et des injections de sérum.

De même pendant la deuxième grossesse. On porta le diagnostic de vomissements incoercibles. Même diagnostic pour la troisième. Actuellement, les vomissements sont incessants. Pendant leur durée, douleurs abdominales spontanées et intenses, augmentées par la pression sur le creux épigastrique.

Ne tolère aucun aliment, ptyalisme marqué.

La crise de vomissements s'accompagne d'abattement, de dépression des forces et d'amaigrissement.

Pouls normal, urines normales.

Pendant les périodes d'accalmie, la malade s'alimente et digère bien.

Entre ses grossesses, la malade ne s'est jamais préoccupée de sa santé.

L'interrogatoire révèle qu'avant sa première grossesse, elle n'a jamais eu de crise de vomissements. Dans les dernières années, elle eut tous les deux mois, principalement au moment des règles, des douleurs très vives avec vomissements et diarrhée. A l'examen de la malade, on relève des cicatrices multiples sur le membre inférieur ; elles n'atteignent que la peau. Pas de renseignements à leur sujet, la malade ignore si elle a eu la syphilis.

Diminution de sensibilité au membre inférieur droit. Réflexes conservés. Pendant les crises de vomissements, le réflexe rotulien droit diminue et peut même disparaître.

Le signe d'Argyll-Robertson existe.

Les deux enfants nés des accouchements antérieurs sont morts, l'un à 2 jours, l'autre à 6 semaines. Le mari nie la syphilis.

Pendant toute cette grossesse, la malade a eu de ces crises de vomissements par période, soumise au traitement spécifique continu sous forme de piqûres de biiodure de mercure, elle accouche à terme le 23 avril, d'un enfant bien constitué.

OBSERVATION III

(Dufour et Cottenot)

Mme B..., âgée de 29 ans, entre au service de médecine de la Maternité le 5 décembre 1908. Enceinte de trois mois. Vomit continuellement. Rend tous les aliments et rejette en plus une quantité considérable de liquide verdâtre. C'est sa deuxième grossesse. La première, il y a quatre ans, s'est terminée par un avortement au sixième mois. Pendant toute sa durée, elle a vomi. Pour la grossesse actuelle, les vomissements apparaissent quinze jours après la cessation des règles. Elle fut d'abord soignée chez elle, puis aux hôpitaux Saint-Michel et Necker, elle entre enfin ici.

Les vomissements sont continus, alimentaires et bilieux, ils se produisent avec effort, céphalalgie et hoquets. Douleurs vives dans les flancs et ptyalisme.

La malade est constipée, urines normales, température normale, pouls varie de 65 à 90.

A l'examen, femme très anémiée, affaiblie et amaigrie Son poids est de 38 k. 500.

Etat grave, pronostic réservé.

Il existe : inégalité pupillaire. Abolition des réflexes rotuliens, achilléens et des réflexes des membres supérieurs. Dissociation de la sensibilité au niveau des membres inférieurs des deux côtés,

sensibilité thermique conservée, sensibilité à la piqûre très affaiblie. Incoordination des membres inférieurs.

Dans la dernière semaine de décembre, vomissements moins fréquents. On traite la malade par des lavements salés, des lavements alimentaires et des injections de sérum. Puis dès qu'on le peut, doses de lait glacé et alimentation progressive. L'utérus continue à se développer. La malade dit sentir remuer vers le début de février.

Malgré le traitement spécifique, elle fait une fausse couche le 6 février.

OBSERVATION IV

(Leyden)

Une femme présente au cours d'une grossesse des vomissements incoercibles. Son état devient si alarmant, qu'on interrompt la grossesse. Après l'avortement, les vomissements continuent comme auparavant. On examine plus attentivement la malade et on s'aperçoit qu'elle est tabétique. La grossesse avait donné une violence particulière aux crises gastriques du tabes.

OBSERVATION V

(Touche)

C'est à l'occasion d'une grossesse qu'un tabes latent jusque-là, débute par des vomissements incoercibles.

La malade a déjà eu trois grossesses.

Pendant tout le cours de la quatrième, elle eut des vomissements très pénibles accompagnés de douleurs épigastriques intenses. Elle accouche à terme, l'enfant meurt à 6 semaines.

Les crises gastriques persistent, une fois chaque quinze jours, les douleurs fulgurantes apparaissent et quand après plusieurs années, on examine la malade, elle présente tous les symptômes d'un tabes avancé.

OBSERVATION VI

(Pierrhugues)

Femme primipare enceinte de 5 mois. Elle a des vomissements incoercibles et on pratique l'avortement. La malade meurt quelques heures après. On notait chez elle : absence de réflexes rotuliens, zones d'anesthésie sur les membres inférieurs et incoordination des membres supérieurs.

OBSERVATION VII

(Demelin)

Observation recueillie en 1898 à la clinique Tarnier. Il s'agit d'une femme tabétique incoordonnée, qui présenta au cours de sa grossesse, de l'albumine et une crise tabétique avec vomissements. Le fœtus naquit mort et macéré.

Dans une observation de Penkert et dans l'observation du cas que nous avons pu observer et que M. Frühinsholz publie, nous retrouvons ces crises gastriques. Dans la dernière, dès le début de la grossesse, il survint des vomissements à tendance incoercible, composés surtout de bile, d'eau et souvent striés de sang. Ces vomissements étaient toujours précédés de crampes et de douleurs épigastriques.

La grossesse chez les tabétiques frustes fit donc apparaître des crises gastriques particulièrement violentes. La maladie était dans la plupart des cas absolument latente et les vomissements en sont le premier symptôme clinique, d'où la difficulté du diagnostic, car on pouvait rapporter ces vomissements à la grossesse.

Penkert insiste sur ce fait que le tabes, débutant au cours d'une grossesse, voit ses symptômes cachés par les petits troubles qu'éprouvent une femme enceinte. Si à ces derniers viennent s'ajouter des vomissements, on est tenté d'en faire des vomissements incoercibles de grossesse et de les traiter comme tels.

Si le diagnostic est aiguillé sur la voie d'un tabes, on peut recourir au traitement spécifique, tout en traitant spécialement les vomissements et au lieu d'interrompre la grossesse, on peut espérer voir la malade venir à terme.

On peut donc admettre que l'état dyspeptique exagère la fréquence et l'intensité des crises, ce qui expliquerait comment chez une tabétique, les crises gastriques tendent à être exagérées par l'état de l'estomac dû à la grossesse, jusqu'à prendre l'allure de vomissements incoercibles.

Lorsque la grossesse est finie, l'évolution du tabes a-t-elle reçu un coup de fouet ?

Notre opinion d'après les faits recueillis par nous est que ce coup de fouet n'existe pas, le tabes après la grossesse reprend son évolution normale.

En effet, sur 20 observations où on voit le tabes coïncider avec la grossesse, nous en trouvons 3 où l'on note une notable aggravation, 2 où la marche du tabes semble légèrement accentuée et 5 où la grossesse semble n'avoir pas eu d'influence. Dans les autres, nous ne trouvons aucun renseignement sur la marche ultérieure du tabes.

Voici, du reste, les opinions des auteurs qui s'occupèrent de cette question.

Heitz prétend qu'il est certain que le tabes évolue plus vite après. Médail remarque qu'après l'amélioration passagère, la marche de la maladie s'accentue.

Dans une observation de Dufour et Cottenot, l'évolution ultérieure du tabes ne fut pas influencée, il en est de même pour les observations de Penkert et de Jakub.

Dans la nôtre, nous notons qu'un an après, la marche de la maladie ne paraissait pas modifiée. On peut donc dire que si les symptômes du tabes reçoivent un coup de fouet durant la grossesse, après l'accouchement celui-ci reprend son évolution normale.

B. — Influence du tabes sur la grossesse

Quelle est l'influence du tabes sur la grossesse ?

Interrompt-il cette dernière ? Nullement lorsqu'on se trouve en présence d'avortement chez une femme tabétique, ce n'est pas le tabes qu'il faut incriminer, mais la syphilis.

Quelle influence a-t-il sur le fœtus ?

Aucune. Heitz est le seul à penser que : « le descendant d'une mère tabétique, s'il vit, restera toujours un dégénéré, un dystrophique ». Mlle Sandberg, dans sa thèse (Paris 1903), conclut à l'intégrité de la descendance des tabétiques féconds, les enfants nés de mères tabétiques sont presque toujours des enfants normaux à tous les points de vue.

Une seule particularité peut être mise sur le compte du tabes au cours de la grossesse, c'est dans un certain nombre de cas, la suppression de la perception par la mère, des mouvements actifs du fœtus.

Heitz publia une observation où ce seul phénomène fut observé et où l'accouchement fut normal. Nous la citons ici :

Dans deux observations, de Mirabeau et de Thiess, notées plus loin, on observa cette non-perception, mais l'accouchement fut indolore.

OBSERVATION VIII
(Heitz)

Mme F..., âgée de 42 ans, mariée à 20 ans, a eu d'un premier mari, cinq enfants tous atteints d'ictère, dont quatre seraient morts de méningite. Ne se souvient pas d'avoir eu d'accidents spécifiques.

D'un second mari, mort tuberculeux, elle a eu au début de son tabes un sixième enfant mort à un an de coqueluche.

Tous les enfants sont nés à terme, en sommet. Les grossesses sont rendues pénibles par des douleurs de reins. Les mouvements actifs sont perçus vers le quatrième mois.

Accouchements longs et difficiles. A nourri tous ses enfants au sein.

Le tabes a débuté, il y a 11 ans par des douleurs fréquentes et très vives dans les membres inférieurs puis incoordination, puis marche impossible. En septembre 1900, cécité.

Actuellement incoordination des quatre membres, hypotonie considérable et perte totale du sens musculaire. Réflexes absents. Atrophie musculaire très avancée.

Paralysie du voile du palais et de la corde vocale gauche. Troubles de sensibilité cutanée très prononcés. Anesthésie au toucher sur le tronc. Hyperesthésie sur les membres, chaud pas perçu, le froid l'est très douloureusement. Constipation. Incontinence habituelle d'urine. Frigidité génitale complète depuis le début de son tabes. Sensibilité vaginale intégrale.

Elle a eu deux nouvelles grossesses, une il y a 6 ans, l'autre l'année suivante.

Réglée irrégulièrement elle ne s'aperçoit pas du début de ses grossesses.

La première fois, hors l'albuminurie, l'état général est assez bon. Elle n'a jamais senti remuer son enfant.

Accouchement normal en deux heures, délivrance normale. L'enfant pesait cinq livres, élevé au biberon, il est mort à 5 mois. La malade se relève et l'évolution de son tabes ne semble pas accéléré.

La deuxième grossesse fut semblable à la première, la femme ne sentit pas l'enfant remuer. L'accouchement fut plus long et plus pénible, il dura 24 heures, la malade ne pouvait pas pousser. Ce fait était dû à la paralysie de la corde vocale gauche. L'enfant pesait 6 livres. Délivrance normale. L'enfant fut élevé au biberon. Il meurt à 19 mois.

Dans cette observation, nous voyons que les contractions utérines furent douloureuses, mais que les mouvements fœtaux ne furent pas perçus dans le cours de la grossesse.

Si nous rapprochons, d'autre part, comme le fait Heitz, cette non-perception et l'anesthésie au toucher que l'on remarque sur la paroi abdominale, nous sommes en droit de penser que c'est la paroi abdominale, qui perçoit les mouvements fœtaux et que le muscle utérin est étranger à ce fait.

Si nous examinons alors quelle est l'innervation de cette paroi, nous constatons que tous ses muscles reçoivent en majeure partie leurs nerfs du plexus lombaire.

Or, comme nous savons que le tabes a pour lésions

principales la sclérose des cordons postérieurs et l'atrophie des racines postérieures, nous pouvons penser que la région de la moelle la plus atteinte chez cette malade est la région lombaire, puisque les nerfs qui y arrivent ne transmettent plus les impressions périphériques reçues.

CHAPITRE V

TABES ET ACCOUCHEMENT

Etudions maintenant l'influence du tabes sur l'accouchement.

Le tabes peut-il être une cause de dystocie comme veut le prouver dans sa thèse Grenier de Cardenal ? Nullement.

Sur quoi, en effet, s'appuie-t-il pour faire prévaloir son opinion ?

Sur un cas où il y aurait eu grossesse gémellaire, sur un autre où il y aurait eu présentation du siège, sur une observation de Litschkuss où le travail aurait duré cinq jours. Cela prouve-t-il que le tabes puisse être mis en cause ! Pas du tout.

Nous nous rappelons fort bien un accouchement où une femme parfaitement saine fut plusieurs jours pour accoucher de son huitième enfant, les sept accouchements précédents n'ayant été ni longs ni difficiles. En quoi le tabes peut-il faciliter l'éclosion d'une gros-

sesse gémellaire ? A-t-il une influence sur l'ovulation ? C'est fort peu probable et aucun auteur n'en a fait mention.

Pourquoi le tabes favoriserait-il une présentation du siège ? Quelles sont en effet les causes de ces présentations, du côté maternel ? La laxité des parois utérine et abdominale, surdistendues par des grossesses antérieures, ce qui semble être le cas pour l'observation notée par Grenier de Cardenal où la femme était enceinte pour la cinquième fois. Puis le rétrécissement du bassin qui est indépendant du tabes, de même la malformation ou la tumeur de l'utérus qui en sont quelquefois cause.

On voit donc que cette opinion ne repose sur aucun fait précis et que le tabes ne peut-être considéré comme cause de dystocie.

Au contraire, en général, les tabétiques accouchent bien et normalement, dans la plupart des cas les contractions utérines sont longues et fortes et l'accouchement se termine dans un laps de temps relativement restreint.

L'accouchement présente pourtant deux particularités, une relatée par Heitz dans l'observation citée précédemment où la femme fut empêchée de pousser par une paralysie du voile du palais et de la corde vocale gauche. Ce cas est le seul où l'on note pendant l'accouchement une difficulté due véritablement au tabes.

L'autre particularité, c'est l'accouchement indolore. Ce n'est pas une difficulté, car, malgré l'absence de douleurs les contractions utérines se maintiennent

régulières et fortes, et l'accouchement a lieu dans un temps, qui serait plutôt inférieur à celui nécessaire à un accouchement normal, chez une parturiente saine.

Il existe également des accouchements indolores chez des femmes, qni ne sont pas tabétiques, mais ils sont dus à un état spécial de la femme (sommeil, hypnose, syncope, ivresse, coma). Colliez étudia ces cas dans sa thèse (Paris 1899).

Grenier de Cardenal réunit cinq cas d'accouchement indolore, après avoir parcouru les littératures françaises et étrangères, nous avons pu réunir 12 observations et dans quatre d'entre elles, le même phénomène s'est reproduit à deux grossesses successives.

OBSERVATION IX

(Mirabeau)

Il s'agit d'une femme que j'ai l'occasion d'observer depuis trois mois et qui est actuellement âgée de 34 ans, Née en 1867, elle fut toujours bien portante pendant sa jeunesse.

Réglée à 17 ans pour la première fois ses règles étaient régulières et abondantes.

La même année à la suite d'un rapport sexuel, elle tomba malade et suivit pendant trois mois un traitement spécifique.

Eruption cutanée l'année suivante qui disparut par des frictions. Après reste bien portante.

Elle se marie cinq ans après, le mari était sain et souhaitait vivement un enfant.

A 26 ans la malade remarque une faiblesse croissante dans les jambes, de l'incertitude dans la marche et des douleurs dans les extrémités. Elle consulta plusieurs médecins.

Tout resta sans résultat, l'impotence croissait et la malade ne pouvait plus se tenir debout.

En 1898, je la vis pour la première fois, appelé pour une forte hémorragie génitale.

Cette femme était dans un parfait état de nutrition et couchée ne donnait pas l'impression d'une malade. Les dernières règles remontaient à deux mois, depuis cinq jours il existait une forte hémorragie.

L'utérus était gros, mou, du col non dilaté sortait du sang. Il y avait eu probablement un avortement. Le repos au lit, les irrigations chaudes arrêtèrent l'hémorragie. En examinant complètement la malade, je remarquais un tabes avancé. Réflexe rotulien aboli, ataxie complète des deux jambes, sensibilité émoussée, abolition des réflexes pupillaires, graves désordres dans la miction et les selles. Les sensations sexuelles manquent depuis trois ans.

A cause des antécédents et de la fausse couche, je prescris un nouveau traitement spécifique et un traitement mécanique. Son état s'améliora beaucoup. Neuf mois après je la revis, l'amélioration avait disparu. Il existait une grossesse de trois mois. On pratiqua une série d'injections et la grossesse suivit un cours régulier. La malade ne sentit jamais les mouvement du fœtus. La miction devint plus difficile, il fallut recourir à plusieurs reprises au cathétérisme. L'accouchement eut lieu à terme.

La malade n'avait pas de douleurs de couches, ce fut la rupture de la poche amniotique qui avertit l'entourage. La dilatation était alors palmaire. L'accouchement dura 65 minutes. Pendant ces efforts la malade reposait tranquille, presqu'étrangère à ce qui se passait, n'accusant qu'un faible besoin d'aller à la selle, besoin qu'elle n'éprouvait plus depuis des années. A la sixième contraction l'enfant vint, une fillette bien constituée, à la septième, le placenta. Ce ne fut qu'en entendant crier l'enfant que la mère sut qu'il était né.

L'enfant prospéra de remarquable façon, trois semaines après, survint une éruption tigrée qui disparut par l'administration du calomel.

OBSERVATION X

(Cohn)

Il s'agit d'une femme de 39 ans, qui vint au mois de mai 1893, me consulter pour des troubles au bas-ventre.

A l'examen, je trouvais une rétro-flexion de l'utérus, je trouvais aussi une abolition complète des réflexes rotuliens. Je posai le diagnostic de tabes dorsalis.

En novembre 1896, cette femme, stérile depuis 14 ans devint grosse, quoique pendant ce temps son état ait empiré tant au point de vue physique qu'intellectuel. Je fis remarquer au mari qu'étant donné l'âge de sa femme l'accouchement serait peut-être laborieux. Au lieu de cela l'accouchement marcha de telle façon que l'entourage ne s'en aperçut que lorsque le crâne de l'enfant apparut à la vulve.

La femme n'avait manifesté aucune douleur, une sage-femme appelée termina l'accouchement, elle remarqua qu'au passage de la tête, la femme n'avait poussé aucun cri de douleur.

La délivrance se fit normalement. Suites de couches normales.

L'enfant mourut à 8 mois, un an après la femme succomba.

OBSERVATION XI

(Heitz)

Mme D..., âgée de 39 ans, entrée le 30 janvier 1901, à la Salpétrière. Sans antécédents héréditaires spéciaux, elle se maria à 21 ans, et jusqu'à l'époque du début de son tabes elle eut deux fausses couches et huit grossesses. La syphilis, niée par la malade, est suffisamment prouvée par la mort en bas âge de six de ses

enfants. Les deux survivants ont 12 ans et 7 ans. A 25 ans, amputation de la jambe pour arthrite tuberculeuse du pied.

En 1898, enceinte pour la neuvième fois, elle commença à ressentir des douleurs en ceinture, puis dans les membres inférieurs et jusqu'à l'extrémité de son pied amputé. A quatre mois elle sentit les mouvements de l'enfant. L'accouchement se produisit à terme sans douleur, la malade s'aperçut qu'elle allait accoucher en voyant ses draps se tacher de sang. Tout fut terminé en une heure. Délivrance normale. La malade ne put nourrir, l'enfant pesait 3 livres. Élevée au lait stérilisé elle mourut à 8 mois d'athrepsie et de convulsions.

Les années suivantes le tabes s'aggrava, les douleurs fulgurantes apparurent dans les bras, puis la marche devint difficile.

A son entrée à la Salpetrière, la malade présente tous les signes d'un tabes avancé, généralisé à toute la hauteur de l'axe cérébro-spinal, mais prédominant au niveau du cône terminal.

Le 1er mars 1901, elle présente tous les signes d'une grossesse au début du quatrième mois, le toucher vaginal n'est pas perçu par la malade, les mouvements provoqués du corps utérin par le doigt vaginal sont perçus et légèrement douloureux.

Vers la moitié d'avril, elle perçoit les mouvements fœtaux. Elle sort de l'hôpital le 9 juin, les derniers mois d'après les renseignements furent relativement bons. Le tabes continuait cependant à évoluer.

Le 9 septembre ayant ressenti une forte pesée dans le fondement, elle se couche et reste trois jours au lit sur le conseil d'une sage femme, elle se relève et reprend sa vie.

Le 17 septembre à six heures du soir, elle remarque des taches de sang sur le carreau. Elle envoie chercher la sage-femme, qui constate un début de dilatation. Les contractions utérines très fortes ne s'accompagnent d'aucune douleur, à 8 h. 1/2 la dilatation est complète, on rompt la poche des eaux, et l'expulsion se produit

rapidement, indolente. Un quart d'heure après délivrance normale sans douleurs.

Les jours suivants l'involution utérine se poursuit normalement, le sixième jours la malade éprouve des douleurs en ceinture. Elle eût son retour de couches le 20 octobre.

Revue le 20 juin 1902, elle se trouve dans un état satisfaisant, seule l'incoordination progresse régulièrement, les troubles urinaires persistent, et elle présente de l'anesthésie vaginale.

L'enfant pesait 6 livres à sa naissance. A l'âge de 10 mois il pèse 8.000 grammes et est nourri au lait stérilisé.

OBSERVATION XII

(Grenier de Cardenal)

Annaïs C..., 29 ans, entre le 23 juillet 1902, dans le service de monsieur le professeur Pitres pour de l'incoordination des membres inférieurs et des douleurs à type lancinant.

Les antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier, elle a quatre sœurs et un frère en bonne santé. Elle a deux enfants, le premier de 2 ans 3 mois, le second d'un mois, tous les deux bien portants. Elle n'en a pas perdu et n'a pas fait de fausses couches. Son mari semble en bonne santé et nie la syphilis.

Les antécédents personnels de la malade ne sont pas plus chargés. Réglée à 16 ans régulièrement, défloré à 20 ans, elle nie toute maladie vénérienne. Le premier symptôme de la maladie remonte à quatre ans, elle avait 25 ans, sensation de brouillard devant les yeux et chute incomplète de la paupière supérieure droite, un peu de diplopie, elle consulte un médecin, il institue un traitement, qui améliore son état.

Elle reste ainsi six mois bien portante. Au début de 1899 elle eut des douleurs qui s'établirent dans tous les membres et le tronc, elles avaient nettement le type lancinant.

Au mois d'août de la même année, elle tombe enceinte, elle eut des vomissements les trois premiers mois, elle sentit remuer son enfant. Elle accouche à terme en avril 1900. Pendant le travail elle n'eut pas de douleurs, celles-ci furent remplacées par un impérieux besoin d'aller à la selle. L'accouchement se fit sur le plancher avec la seule sensation de défécation. Une sage-femme appelée termina la délivrance, quatre jours après, elle se leva, elle nourrit son enfant et le sevra à 18 mois. Dès le deuxième mois après l'accouchement, elle remarque un manque de stabilité, elle zigzaguait en marchant, ne pouvait plus monter ou descendre un escalier sans la rampe, ces troubles vont s'accentuant.

Notre malade retombe enceinte en octobre 1901. Vomissements pendant les premiers mois. Elle accouche le 24 juin 1902, cette fois encore sans douleur, mais avec besoin impérieux d'aller à la selle, 8 jours après les couches, elle se lève, l'enfant est bien portant.

Devenant impotente, elle entre au service le 23 juillet.

A l'examen on constate que la malade est sujette à des crises laryngées, elle présente des troubles de miction et de défécation, une légère incoordination des membres supérieurs, et une extrême incoordination des membres inférieurs, des crises de douleurs lancinantes. La sensibilité au toucher et à la température est conservée tous les réflexes sont abolis.

OBSERVATION XIII

(Grenier de Cardenal)

Marie M..., 59 ans, fleuriste.

Pas d'antécédents héréditaires. Réglée à 14 ans régulièrement, mariée à 18 ans. Quelque temps après une fausse couche, quelques mois plus tard, nouvelle grossesse. Enfant mort après un accouchement laborieux.

A 32 ans douleurs en fusées dans le membre supérieur gauche.

Depuis à chaque époque menstruelle douleurs vives dans les membres inférieurs, précédant ou suivant les règles.

A 37 ans nouvelle grossesse, les douleurs disparaissent, et reviennent au moment de l'accouchement. Celui-ci eut lieu sans contraction utérine douloureuse et sans douleur d'expulsion.

Actuellement la malade présente de l'incoordination des membres inférieurs, signe de Romberg, le réflexe rotulien aboli, signe d'Argyll-Robertson, troubles de la miction et de la défécation.

OBSERVATION XIV

(Abadie et Grenier de Cardenal)

Il s'agit d'une femme âgée de 33 ans, tailleuse, entrée le 24 décembre 1905 à l'hôpital Saint-André à Bordeaux. Rien dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Elle nie la syphilis. Elle entre à l'hôpital pour des troubles de la marche et des douleurs.

Elle a vu sa maladie s'installer il y a 5 ou 6 ans par des douleurs lancinantes dans les membres inférieurs.

Il y a un an surviennent les premiers troubles de la marche, celle-ci devient bientôt hésitante et titubante, la malade ressent des crises de courbature musculaire.

Quand nous l'examinons en janvier 1906, elle accuse des troubles digestifs avec douleur continue au creux épigastrique et vomissements fréquents. Avec cela une diarrhée opiniâtre. Amaigrissement considérable surtout au niveau des membres inférieurs. La marche est talonnante, saccadée, maladroite, la malade perd l'équilibre.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis. Pas de signe d'Argyll-Robertson. Laxité de l'articulation de la hanche, sensibilité à la piqure intacte.

Elle fut réglée tardivement et irrégulièrement. Mariée à 20 ans, elle eut après une grossesse avec vomissements continuels. Elle perçut les mouvements fœtaux vers cinq mois.

Vers la fin du septième mois, un jour à midi, elle ressentit une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, elle se mit sur le vase croyant uriner. Il lui semble alors que son vagin se dilate. Elle appelle une voisine qui constate que la tête de l'enfant apparaît à la vulve.

Une sage-femme appelée termina l'accouchement, la malade n'avait ressenti aucune douleur. L'enfant vécut un quart d'heure. Délivrance et suites de couches normales.

Depuis cette époque surtout au moment des règles, elle est en proie à des crises douloureuses siégeant dans les lombes, les organes intra-pelviens et les voies génitales, et simulant les douleurs de l'enfantement. Ces douleurs sont profondes, intermittentes et si violentes qu'elles font crier la malade. Celle-ci au cours de la crise donne l'impression d'une femme qui accouche, la crise dure plusieurs heures quelquefois tout un jour. En dehors de cela la malade a encore des douleurs fulgurantes et des crises gastriques. De toutes ces douleurs, celles que la malade redoutent le plus sont les crises de faux accouchement.

OBSERVATION XV

(Frederiksen)

Femme de 32 ans, qui entre en grossesse 9 mois après le début d'un tabes.

Dès le début de la grossesse, atrophie progressive et rapide du nerf optique. Au bout d'un mois, il lui est impossible de lire. Au bout de deux mois et demi elle ne peut plus marcher seule, l'atrophie du nerf optique se complète. Après le cinquième mois, atrophie des moteurs oculaires droit. Elle mit au monde sans douleur, un enfant vivant, mort 18 heures après.

OBSERVATION XVI

(Thiess)

Femme de 39 ans, ayant eu 8 grossesses. Tabes avancé. Réglée à 24 ans. Elle fait un avortement la même année. Dans la 11e année de son mariage en 1895 elle fait une fausse couche de 4 mois, en 1896 une fausse couche de 5 mois, en 1897 une fausse couche de six mois. En 1899 accouchement prématuré de 7 mois, enfant macéré. En 1900 accouchement prématuré de 7 mois, l'enfant vit un jour.

En 1903, naissance d'un enfant à terme, lors de cet accouchement la malade n'éprouve pas de douleurs, et depuis elle a remarqué une faiblesse croissante des jambes avec diminution de la sensibilité. Peu de temps après elle est forcé de garder le lit avec des troubles de la miction et de la défécation, diminution de l'acuité visuelle. Le sens génital est complètement aboli, la malade n'éprouve plus aucune sensation pendant le coït.

Elle eut une 8e grossesse pendant laquelle elle ne perçut pas les mouvements de l'enfant, à la fin de cette grossesse la malade éprouvait subitement une sensation de pesanteur sur le rectum, la tête progresse sans aucune douleur, et seulement les cris de l'enfant la rendent attentive. Délivrance spontanée. L'enfant était bien constitué.

OBSERVATION XVII

(Zaccharias)

Femme de 48 ans, 5 grossesses dont trois normales. Elle tombe malade à 34 ans et éprouve des douleurs dans les reins. Elle eut dans les orteils une sensation de sol duveté. Elle éprouve souvent des vertiges, insécurité dans la marche, diminution d'acuité auditive : 3 ans après sa 3e grossesse, elle fut de nouveau enceinte et accoucha spontanément sans douleurs. L'état général s'améliora alors passagèrement et 6 ans plus tard une nouvelle grossesse survint.

Les symptômes qu'elle présenta alors furent ceux du tabes lors de son passage du 2e au 3e stade. La grossesse s'écoule sans notable aggravation, elle perçut les mouvements fœtaux au bout de quatre mois. Les premières manifestations du travail consistèrent en un léger tiraillement dans les reins. La tête s'engagea difficilement car le bassin était rétréci. Une fois engagée, l'accouchement se termina après quatre contractions sans douleurs. Au sortir de la tête la sensation éprouvée fut celle d'un besoin d'aller à la selle.

OBSERVATION XVIII

(Penkert)

Femme de 27 ans, primipare, pas d'antécédents héréditaires connus, la mère eut 6 filles. Notre malade était la deuxième, elle fut nourrie par sa mère, fut longtemps débile, elle a marché normalement, son intelligence est assez vive.

Elle a un estomac faible et depuis son enfance a présenté des vomissements.

Réglée à 17 ans normalement, quelque temps après, elle est atteinte d'anémie et a des pertes. A l'âge de 18 ans, elle est atteinte d'un catarrhe gastrique avec vomissements et syncopes. Depuis l'âge de 20 ans, elle ressent des douleurs en ceinture autour du thorax. A 23 ans elle a des douleurs rhumatismales dans les jambes.

Elle se marie à 25 ans.

Pendant les quinze premiers mois de son mariage, elle eut à plusieurs reprises des crises gastriques avec vomissements. Les règles sont toujours régulières. Elle éprouve ensuite de nouvelles douleurs dans les membres inférieurs.

Elle est réglée pour la dernière fois le 15 juillet 1907, quatre semaines après apparurent des vomissements continus avec de violentes douleurs. Elle fut traitée par l'électricité, le massage de

la région stomacale, la diète et l'isolement. On soupçonne à ce moment le tabes.

Ces crises gastriques durent trois ou quatre jours et reviennent chaque trois ou quatre semaines.

Le 2 novembre, je fus prié de provoquer l'avortement.

Un traitement psychique et des lavements rectaux améliorèrent l'état de la malade, mais les vomissements persistèrent durant toute la grossesse.

Le poids du corps se maintient normal. Il n'y a pas de troubles du côté des sphincters. Le caractère de la malade est changeant.

Le 12 avril 1908, elle observe un écoulement d'eaux et quelques tiraillements, en examinant la malade, on trouve la poche des eaux rompue.

Au bout de peu de temps, après quatre contractions, l'enfant, une petite fille de 3 150 grammes naquit. Il s'était écoulé 45 minutes depuis la rupture de la poche des eaux. Délivrance normale.

Après l'accouchement, elle eut une crise gastrique très douloureuse calmée par une injection de morphine. Les crises gastriques se renouvelèrent deux fois pendant les suites de couche.

L'enfant fut nourri 8 jours par la mère. On eut ensuite recours à l'allaitement artificiel, il se développe très bien.

Chez la mère, on observe à ce moment : abolition des réflexes pupillaires, des réflexes tendineux, de la diminution de sensibilité aux membres inférieurs, de l'incoordination de ces mêmes membres, de l'atrophie des muscles du mollet et des troubles de la miction.

OBSERVATION XIX

(Jakub)

Il s'agit d'une femme de 36 ans, réglée depuis l'âge de 14 ans, elle accouche le 30 octobre 1910.

Mariée à 20 ans et bientôt contaminée par son mari. Elle eut huit grossesses, fit une fausse couche de 5 mois et trois accouche-

ments prématurés de 7 mois, 8 mois et du début du 9e mois. Des autres enfants, un seul vit encore et a six ans. C'est sa neuvième grossesse. Les dernières règles remontent à janvier 1910.

Il y a sept ans, la malade eut pour la première fois des douleurs lancinantes très violentes dans la jambe droite, puis dans tout le corps. Il y a trois ans, elle eut des crises gastriques, puis l'ataxie apparut, à ce moment, les vomissements cessèrent, en même temps, elle éprouve des douleurs en ceinture.

Il y a deux ans, elle présenta du strabisme divergent de l'œil droit. Depuis longtemps, elle accuse des troubles de la miction et une tendance à la constipation. Elle a perdu toute sensation sexuelle.

Etat actuel. — Etat général assez mauvais. Ophtalmoplégie interne et externe très marquée, pas de ptosis. Les pupilles ne réagissent plus. Ataxie moyenne aux membres supérieurs, pas de parésie.

Ataxie très marquée aux membres inférieurs, marche impossible, le pied droit est en varus équin, la sensibilité est abolie, trouble considérable du sens musculaire, abolition des réflexes patellaires.

Lorsque je l'examine, je trouve l'utérus à 1 doigt et demi de l'appendice xyphoïde. La tête est peu mobile, les bruits du cœur fœtal sont entendus à gauche. L'enfant semble être petit et il y a peu de liquide amniotique. Le col n'est pas effacé et il laisse à peine pénétrer le doigt. Pas de douleurs, la parturiente ressent seulement quelques tiraillements. La main sur l'abdomen sent l'utérus se contracter. La malade s'endort parfois.

Subitement la poche des eaux se rompt. La malade éprouve une pression marquée sur le rectum, puis la tête se montre à la vulve et sort rapidement, les épaules et le tronc suivent.

Délivrance normale 10 minutes après.

L'enfant, une fille, pèse 7 livres, il est sain.

L'accouchement a duré 2 heures et demie.

Les suites de couches sont normales, la mère nourrit son enfant.

Quatre mois après, nouvel examen. L'ataxie a augmenté aux membres supérieurs, les troubles nerveux se sont accentués.

L'enfant depuis trois mois est nourri au lait de vache, il a bonne mine et ne présente pas de signes d'hérédo-syphilis.

OBSERVATION XX

(Frühinsholz)

Accouchement. — Le 15 septembre 1910, nous trouvons à la salle de travail, Mme L..., IV pare, âgée de 36 ans, entrée depuis la veille à 6 heures et demie du soir, parce qu'ayant perdu des glaires sanguinolents et ayant consulté une sage-femme, celle-ci avait annoncé un début de travail. En réalité, la malade n'avait ressenti encore aucune douleur et avait passé sa nuit à dormir.

Alors qu'à son entrée, le col s'entrouvrait, à 9 heures du matin, la dilatation est de 5 francs, la tête engagée en OIDP. A 10 heures et demie, la dilatation est complète, on rompt artificiellement les membranes et on est surpris de constater que malgré des contractions utérines fréquentes, la parturiente paraît indifférente, n'accuse aucune douleur, ni aucune envie de pousser, elle finit par en manifester elle-même quelque étonnement d'autant qu'elle n'a jamais rien constaté de semblable à l'occasion de ses accouchements antérieurs.

Nous la faisons mettre en position d'expulsion et nous sommes obligés en quelque sorte de la faire pousser au commandement. Elle ne se rend pas compte de la portée de ses efforts, elle ne perçoit enfin la progression fœtale qu'au moment où la tête a complètement pénétré dans le bassin mou et est sur le point de se dégager. Au bout d'une heure dix de ces efforts qu'aucun instinct ne sollicite, elle expulse une fille de 3 200 grammes. La délivrance se

passe normalement sans tranchée douloureuse. Le placenta pèse 550 grammes.

Les suites de couches sont normales, l'utérus reste d'abord gros, puis subit sa régression habituelle, au bout de quelques jours certaines coliques sont ressenties.

Antécédents personnels. — Elle n'aurait eu d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde à l'âge de 11 ans. Réglée à 15 ans, régulièrement, abondamment, avec quelques douleurs qui ont disparu après le premier accouchement.

Mariée à 24 ans, le mari est charpentier, il paraît, au dire de sa femme, être tuberculeux, mais par contre n'aurait jamais présenté d'accidents syphilitiques. Sur les quatre grossesses à venir, trois seulement (1re, 2e et 4e), lui seraient attribuables.

Grossesses et accouchements antérieurs. — Les deux premières grossesses eurent lieu respectivement à 24 et 26 ans sans phénomènes sympathiques bien marqués ; les accouchements se firent normalement à terme. Les enfants nourris au sein, le premier pendant trois mois, le second pendant huit mois, ne semblent pas avoir présenté de stigmates d'hérédo-syphilis. L'aîné est mort à 4 ans du croup, l'autre vit.

La troisième grossesse survient à l'âge de 28 ans, mais se termine au cours du 7e mois par l'expulsion d'un fœtus macéré, quinze jours après que la parturiente aurait fait une chute dans les escaliers. La parturiente se rappelle avoir présenté vers le milieu de cette gestation une éruption généralisée, non prurigineuse coexistant avec de la céphalée.

Début méconnu du tabes. — Il y a trois ans, c'est-à-dire à partir de l'âge de 33 ans, elle a commencé à souffrir d'une incontinence d'urine survenant à tout propos dans la journée, mais surtout accentuée la nuit et pour laquelle M. le professeur Bernheim aurait tenté sans succès, le traitement par la suggestion.

En juillet 1909, à l'occasion d'une crise viscéralgique avec douleurs surtout stomacales mais sans vomissements, un médecin

l'examine et croyant trouver dans l'abdomen au-dessus de l'aine droite une tumeur qu'il prend pour un fibrome, l'adresse à l'hôpital dans un service de chirurgie. On pratique une laparotomie qui n'est qu'exploratrice et on referme l'abdomen avec l'impression qu'il n'existe pas de fibrome, mais que la malade est affectée d'un néoplasme vésical. On avait trouvé sa vessie indurée et épaissie. Ultérieurement comme la malade continue à souffrir violemment de la vessie et des reins, on l'examine à nouveau et on porte le diagnostic de ptose rénale avec cystite et pyélonéphrite. Sur ces entrefaites survient la quatrième grossesse.

Grossesse actuelle. — Dernières règles fin novembre 1909. Les premiers mouvements fœtaux ont été perçus dans le courant d'avril 1910 et ont ensuite continué de l'être régulièrement.

Les phénomènes sympathiques auraient été beaucoup plus accentués au cours de cette grossesse qu'au cours des précédentes et bien plus persistants, ils ne se seraient amendés que dans la dernière quinzaine de la gestation.

En effet, dès le début de celle-ci seraient apparus des vomissements à tendance incoercible survenant de préférence le matin et après les repas, composés surtout d'eau et de bile et rarement de matières alimentaires, souvent striés de sang. Ces vomissements étaient toujours précédés de crampes et de douleurs épigastriques très vives, s'irradiant jusque dans le dos et vers les épaules et souvent suivis de faiblesse. Ces douleurs intenses, jointes aux légères hématémèses ont même fait envisager l'hypothèse d'un néoplasme gastrique. Au cours d'une de ces crises, le médecin traitant adresse la malade à la Maternité en se demandant s'il n'y aurait pas lieu de provoquer l'accouchement. A ce moment le diagnostic de tabes n'est pas encore porté. Il ne devait l'être qu'ultérieurement après que les circonstances insolites qui avaient accompagné l'accouchement eurent dirigé notre attention sur l'état du système nerveux. Il fut établi sous le contrôle et avec l'assistance

de notre collègue et ami le professeur agrégé Maurice Perrin, que nous remercions ici de son obligeance.

Système nerveux et musculaire. — Les réflexes sont abolis au niveau de la rotule et du tendon d'Achille (signe de Westphal). Aucun réflexe n'est perceptible, ni au niveau des membres supérieurs, ni au niveau de la tête.

La marche est normale, elle se fait à pas menus, il y aurait eu quelquefois un léger dérobement des membres. Au commandement il y a un moment d'hésitation, qui tend à retarder le mouvement qu'on désire provoquer. La marche dans l'obscurité est difficile. La malade redoute la descente des escaliers, il lui est arrivé plusieurs fois de tomber dans ces conditions.

Etant debout, les yeux fermés, la malade chancelle et perd l'équilibre (signe de Romberg), elle ne peut se tenir sur une seule jambe, même lorsqu'elle ouvre les yeux.

La notion de position est conservée. Pas d'hypotonie, ni d'atrophie musculaire.

La sensibilité superficielle est intacte, mais les sensibilités profondes sont pour la plupart abolies ; la pression du tendon d'Achille, celles du creux poplité, du sterno-cleïdo-mastoïdien, des globes oculaires, de la langue et de la trachée, ne sont pas perçues avec leur caractère douloureux et pénible habituel. Seule la pression épigastrique est douloureuse. La sensibilité des troncs nerveux à la pression est normale, la sensibilité osseuse est légèrement diminuée.

En outre, l'interrogatoire minutieux révèle que cette femme a eu des sensations de fatigue, de courbature, de piqûre, d'engourdissement, des crampes, des douleurs fulgurantes et lancinantes. Ces dernières sont apparues, surtout depuis deux ans avec des caractères variables de siège, de fréquence et d'intensité ; elles se reproduisaient très souvent avant la grossesse et de préférence la nuit.

Organes des sens. — La vue a notablement baissée. Il existe de

la mydriase, de l'inégalité pupillaire, du ptosis ; les pupilles ne réagissent ni à la lumière, ni à l'accomodation.

Les autres appareils sensoriels ne présentent rien de particulier.

Appareil digestif. — La malade ne présente pas d'antécédents gastriques. Au cours de ses trois premières grossesses elle n'aurait eu que les vomissements matutinaux habituels du début.

C'est surtout au cours de cette dernière grossesse que sont apparues, avec une fréquence particulière, les crises gastriques avec leur début brusque à toute heure du jour et de la nuit ; elles consistaient en douleurs vives du creux épigastrique avec irradiation vers le dos et les épaules, accompagnées de sensation de brûlure et d'arrachement, suivies toujours de vomissements. En dehors de ces crises, les fonctions digestives étaient normales.

Pendant les 10 jours consécutifs durant lesquels la malade resta à la Maternité après son accouchement, elle ne présenta qu'une seule crise gastrique, survenue le huitième jour, au début d'un repas, moyennement violente, suivie de nausées et de crampes, mais sans vomissements. La pression épigastrique était à ce moment particulièrement douloureuse.

La palpation de l'estomac, du foie et de la rate ne révèle rien de spécial. Il existe de la constipation habituelle.

Appareil respiratoire et circulatoire. — La malade se plaint de temps en temps de battements de cœur, et à de certains moments, surtout à l'occasion de ses crises gastriques de gêne respiratoire.

Appareil urinaire. — La malade aurait suivi un traitement pour cystite et pyelo-néphrite. Les urines sont normales d'apparence, variables de quantité. La miction est troublée ; quelquefois malgré des besoins pressants, la malade est incapable d'uriner, d'autres fois, elle conserve de l'incontinence un certain temps après la miction.

Appareil génital. — Depuis quelques années la malade est atteinte de frigidité, toutefois elle recherche encore le coït, surtout

au moment de ses crises gastriques ; il lui serait dans ces circonstances un soulagement.

D'autre part son instinct génital parait s'être réveillé au cours de la grossesse. Il ne semble jamais y avoir eu de crises douloureuses vulvaires, ni vaginales.

Examen complémentaire (janvier 1912).

Depuis l'accouchement, les crises gastriques ont diminué de fréquence, mais elles continuent comme précédemment de durer de 8 à 10 jours de suite.

La vue s'est beaucoup affaiblie, l'œil droit n'y voit presque plus, il est légèrement proéminent et recouvert par la paupière correspondante ptosique. La frigidité génitale s'est encore accentuée. La malade a nourri son enfant pendant deux mois, puis l'a sevré en raison de l'intensité de ses crises gastriques qui la fatiguaient trop. L'enfant, âgé actuellement de 16 mois, est superbe, très développé pour son âge, paraissant avoir de 2 ans à 2 ans 1/2.

Il a eu sa première dent à 3 mois 1/2, il a marché à 14 mois, il n'a jamais présenté, d'après le témoignage du docteur Bedin qui le suit régulièrement aucune manifestation de syphilis héréditaire.

Dans tous ces cas, on voit se reproduire le même phénomène, absence de douleurs au moment de l'accouchement.

Dans les observations IX et XVI, nous remarquons en plus que pendant la grossesse les mouvements fœtaux ne furent pas perçus.

Dans les observations XVIII et XX, nous trouvons des crises gastriques, ce fait fut noté dans un chapitre précédent.

Les autres observations présentent seulement comme particularité un accouchement indolore. Les parturientes éprouvèrent à ce moment, soit une sensation de

pesanteur dans le bas-ventre, soit quelques tiraillements, soit un pressant besoin d'aller à la selle, et ce fut tout.

L'accouchement suivit son cours régulier et fut en général plutôt rapide, grâce à des contractions utérines bien soutenues.

On s'explique la disparition de la sensibilité utéro-vaginale par l'atrophie des racines postérieures qui conduisent à la moelle les impressions périphériques et comme l'innervation de l'utérus et du vagin est fournie en partie par le plexus sacré, on peut en déduire non seulement l'atrophie de ces racines, mais encore la sclérose des cordons postérieurs de la moelle à ce niveau.

Malgré cela, il ne faut pas oublier que l'innervation n'est pas due uniquement au plexus sacré. Les ganglions du sympathique sacré y participent pour une large part, et enfin le plexus lombo-aortique par ses rami-communicantes se relie au plexus lombaire. Or, dans la plupart des observations, sauf deux, les mouvements actifs du fœtus ont été perçus, ce qui indiquerait que l'atrophie des racines postérieures lombaires n'existe pas, puisque ces racines transmettent les impressions reçues.

Il est à remarquer que la contraction utérine est restée normale, et on est surpris de cette intégrité parfaite. La question se pose donc de l'origine physiologique des nerfs du corps utérin, du col et du vagin.

Offergeld prétend que seules les parties inférieures de la moelle ont une action sur la contraction utérine. Heitz, dans l'étude qu'il fait de cette question, croit

avoir montré qu'il n'existe pas de centre médullaire de la contraction utérine.

En effet, si on se rapporte aux expériences de Golz qui sectionna la moelle dorso-lombaire chez la chienne, puis de Simpson chez la truie, de Reichmann chez la chatte et de Cohnstein chez la lapine, qui tous les trois sectionnèrent chez ces animaux le renflement lombo-sacré, on voit que la femelle pleine, ainsi traitée, accouchait normalement.

On pouvait conclure de là que la contractilité utérine était une fonction dépendant du sympathique.

Or, Rein a pu séparer l'utérus des ganglions mésentériques inférieurs sans en altérer en quoi que ce soit la contractilité.

Les auteurs allemands, dans leurs observations, entre autres Mirabeau, Penkert et Jakub croient pouvoir affirmer que les fonctions motrices de l'utérus dépendent surtout des centres nerveux périphériques situés dans l'utérus lui-même.

Ils admettent que les relations, entre l'utérus, la moelle et le sympathique, sont constituées essentiellement de voies sensitives qui peuvent toutefois déterminer par voie réflexe des réactions motrices, qui agiraient sur les contractions utérines surtout en les régularisant.

D'après Penkert et Jakub, les éléments nerveux les plus importants des organes génitaux sont les ganglions utérins para-cervicaux et para-vaginaux. Ce seraient eux qui auraient la plus grande influence sur les contractions utérines et produiraient ainsi l'expulsion du

fœtus. Ces ganglions autonomes ne s'atrophieraient pas chez les tabétiques et assureraient le bon fonctionnement de l'utérus. Malgré ces hypothèses la question reste entière, car de pareils centres ganglionnaires n'ont jamais été signalés anatomiquement dans l'utérus.

CHAPITRE VI

TABES ET VIE GÉNITALE

Après avoir étudié les rapports du tabes et de la grossesse pendant toute sa durée, il semble logique de noter quelles sont, en dehors du cas de grossesse, les rapports du tabes et de la vie génitale.

Divisons cette étude en quatre parties :

A) 1° Tabes et menstruation.

B) Tabes et instinct sexuel :

2° Crises clitoridiennes.

3° Frigidité génitale.

C) 4° Crises de faux accouchement.

Tabes et menstruation

La menstruation peut, elle aussi, apporter des modifications dans la symptomatologie douloureuse du tabes.

Voici quelques observations réunies à ce sujet :

OBSERVATION XXI

(Grenier de Cardenal)

Femme de 53 ans, piqueuse, réglée à 15 ans, régulièrement, règles douloureuses. Ménopause à 43 ans, jamais malade. A 31 ans, douleurs fulgurantes dans les bras, puis les membres inférieurs. Ces douleurs étaient plus fortes et plus fréquentes à l'époque des règles. La femme présenta plus tard de l'ataxie, le signe d'Argyll-Robertson, le signe de Romberg.

OBSERVATION XXII

(Grenier de Cardenal)

Mme A..., 31 ans, deux fausses couches, un enfant vivant, depuis trois ans douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Ces douleurs sont plus vives la nuit pendant les règles. Ensuite incoordination, douleurs en ceinture.

OBSERVATION XXIII

(Grenier de Cardenal)

Femme de 60 ans, réglée à 13 ans, mariée à 16 ans. A 32 ans, début du tabes par des crises clitoridiennes revenant deux ou trois fois par semaine et particulièrement intenses au moment des règles. Puis douleurs lancinantes, abolition des réflexes rotuliens.

OBSERVATION XXIV

(Grenier de Cardenal)

Femme de 46 ans, réglée à 12 ans régulièrement. Mariée deux fois à 25 et à 39 ans. 7 grossesses. Début du tabes après le premier accouchement. Évolution lente. Après le septième accouchement, première crise de douleurs fulgurantes dans les cuisses et les jambes. Ces douleurs reviennent régulièrement tous les mois à l'époque des règles.

OBSERVATION XXV

(Grenier de Cardenal)

Jeanne P..., 48 ans, mariée à 19 ans, six enfants venus à terme, trois sont vivants. Le tabes débute à 45 ans par des vomissements et des crises clitoridiennes, à 46 ans douleurs fulgurantes et douleurs en ceinture, ensuite ataxie, abolition des réflexes rotuliens, signe de Romberg.

Les crises clitoridiennes ont persisté environ une fois par mois au moment des règles.

OBSERVATION XXVI

(Abadie)

Marie M..., 45 ans. A 33 ans apparition brusque de crises clitoridiennes revenant surtout au moment des règles. Le tabes évolua ensuite de plus en plus gravement jusqu'à la mort de la femme à 46 ans.

D'autre part, nous constatons dans l'observation II de Dufour et Cottenot que la malade éprouve au moment des règles de violentes crises gastriques avec vomissements et diarrhée.

De même, dans l'observation XIII, nous notons des douleurs dans les membres inférieurs au moment des règles.

Dans l'observation XIV, nous observons que la malade éprouve ses crises de faux accouchement au moment des règles.

Il semble donc que dans un assez grand nombre de cas, la menstruation amène un redoublement dans la violence de certaines crises tabétiques. Il est difficile de s'expliquer cette recrudescence.

Mendel, dans une étude sur « Le tabes chez les femmes », ne nie pas que dans quelques cas il n'y ait pas, au moment des règles, de crises douloureuses, mais il ne voit pas quelle relation pourrait exister entre le tabes et la menstruation et, dit-il, dans la grande majorité des cas, chez les femmes tabétiques, l'époque menstruelle reste normale.

Par contre, il prétend que la ménopause apparaîtrait plus tôt chez ces malades et qu'à ce moment les crises douloureuses diminueraient. Ces femmes pourraient éprouver, pendant la période de la ménopause, une certaine amélioration de leur mal.

Crises clitoridiennes

Le tabes peut agir sur l'appareil génital sous deux formes:

1° Sous forme d'excitation génitale;

2° Sous forme de dépression génitale.

Chez la femme, lorsque les phénomènes du premier

ordre sont portés à leur plus haut degré, ils prennent le nom de crises clitoridiennes.

Ces crises débutent par l'érection du clitoris et s'accompagnent ensuite de toutes les manifestations de l'orgasme vénérien. Elle peuvent se répéter plusieurs fois dans la journée et se renouveler à des intervalles variables.

Charcot mentionna le premier les crises clitoridiennes, chez une prostituée tabétique de 55 ans, la malade comparait ses sensations à celles éprouvées pendant le coït.

Pitres, en 1884, décrivit ces crises d'une façon plus précise. Comme causes provocatrices certains auteurs ont indiqué le travail corporel, les émotions psychiques; les mets épicés et la chaleur du lit auraient un effet semblable. Pitres cite quatre cas de crises clitoridiennes chez des tabétiques. D'autres cas furent notés par Mœbius, Köster, Dungern, Marselli, Schaffer et Brodski. Tous sont d'accord pour déclarer que ces crises sont rares chez les femmes tabétiques. Mœbius en rencontra dans la proportion d'un cas sur 50. Beaucoup d'auteurs ne les ont jamais observé.

Parmi les 26 observations que nous avons réuni pour notre thèse, nous constatons des crises clitoridiennes dans les observations XXIII, XXV et XXVI, et, fait curieux, c'est surtout au moment des règles que ces crises redoublent d'intensité. Dans les autres cas il n'en est pas fait mention.

Pitres croit que ces crises sont plus fréquentes qu'on ne les décrit, mais que les femmes, par pudeur, souvent les cachent au médecin. D'après lui, ces crises peuvent

se montrer d'une façon tellement caractéristique, qu'elles indiquent le diagnostic de tabes même en l'absence d'autres symptômes. Dans le cas de Dungern, pendant un an et demi, ce fut le seul symptôme du tabes. Ordinairement ces crises sont associées aux crises gastriques.

Offergeld distingue trois sortes de crises clitoridiennes :

1° Une sensation douloureuse des organes génitaux suivie de douleurs lancinantes dans les autres organes;

2° Un spasme avec sensation voluptueuse et sécrétion des organes génitaux ;

3° Une forme mixte ou alternent les deux groupes de symptômes précédents.

Pitres compare les crises clitoridiennes au priapisme et aux pertes séminales existant chez les hommes tabétiques avant le début de leur impotence sexuelle.

Pierre Marie parle en termes a peu près semblables d'érection du clitoris suivie de sécrétion.

Offergeld explique ces crises par un état anormal d'excitation des nerfs génitaux et prétend que la rareté de ces crises, chez la femme, est due à la pauvreté relative de ses organes sexuels en nerfs et à la faible sensibilité à la douleur de ces mêmes organes.

Chez d'autres malades, il existe des crises douloureuses extrêmement vives au niveau de la vulve et du vagin. Ce sont les crises vulvo-vaginales, on peut les rapporter aux mêmes causes.

Frigidité génitale

Dans la plupart des cas, la phase d'excitation précédente n'existe pas aussi accentuée, les malades recherchent simplement plus souvent le coït.

Cet état dure peu de temps et à cette phase d'excitation succède une phase de profonde dépression génitale. Le coït n'est plus désiré car il ne cause plus aucune sensation voluptueuse.

Si nous nous en rapportons aux observations contenues dans cette thèse, nous voyons qu'au bout d'un temps relativement court, la frigidité génitale apparaît, puis qu'elle va progressant avec l'évolution tabétique.

Dans un seul cas, celui rapporté par M. Frühinsholz, la grossesse paraît avoir réveillé l'instinct génital, mais cela ne fut que passager, car après l'accouchement, la frigidité génitale s'accentua, et pourtant cette femme recherchait encore le coït, surtout au moment de ses crises gastriques, car il lui procurait alors un soulagement.

Quelle explication donner pour expliquer cette frigidité ?

On peut admettre que la sensibilité vulvaire et vaginale étant abolie, l'introduction du membre viril pendant le coït n'est pas perçue et que de ce fait les sensations voluptueuses se trouvent supprimées.

Cette explication semble plausible, car c'est surtout dans les cas ou l'accouchement fut indolore et par conséquent la sensibilité du canal vulvo-vaginale abolie, que l'on remarque surtout une frigidité génitale précoce.

Crises de faux accouchement

Ces crises furent observées une fois par Abadie et Grenier de Cardenal, ils publièrent leur observation où la femme eut ses crises après avoir fait un accouchement indolore.

Voilà comme ils décrivent une de ces dernières :

Ces crises surviennent brusquement le jour ou la nuit, surprenant la malade au milieu de ses occupations ou dans son sommeil. D'abord douleurs dans les flancs, au niveau des régions ovariennes, ces douleurs s'irradient jusqu'aux parties génitales externes, créant le besoin d'uriner, elles s'accompagnent de sensation de gonflement du ventre obligeant la malade à desserrer ses vêtements et à se coucher, elles sont intermittentes puis se propagent dans les lombes et la région sacrée, en même temps apparaissent des douleurs lancinantes dans les profondeurs du bassin.

Dès le début de ce syndrome douloureux la malade ressent la sensation de descente d'un corps étranger volumineux, qui cherche à s'engager dans la filière pelvi-génitale.

Cette sensation augmente dans la station debout et la marche, elle oblige la malade à rester sur le dos. Au fur et à mesure que les douleurs croissent, la sensation de descente s'accentue de plus en plus. La malade serre sa taille à deux mains, presse sur son ventre, contracte ses muscles abdominaux, pousse de toutes ses forces et donne absolument l'impression d'une femme qui accouche. Plus elle veut se retenir, sachant l'inutilité de ses efforts, plus elle est obligée de pousser malgré elle.

Elle n'a jamais à ces moments d'incontinence d'urine ou des matières. Parvenu à son paroxysme, le syndrome douloureux diminue progressivement, la sensation de corps étranger persistant la dernière et laissant après elle la sensation permanente de ventre douloureux. Ces crises actuellement reviennent tous les 10 jours, bien plus accentuées au moment des règles. Au début elles revenaient seulement à l'époque de la menstruation.

Ces crises sont à rapprocher des douleurs éprouvées par certaines tabétiques, douleurs qui sont localisées dans les organes génitaux internes et qui sont volontiers comparées par les malades aux fortes douleurs menstruelles.

Abadie explique ces crises de faux accouchement par l'irritation des racines lombo-sacrées par le processus tabétique, irritation qui donne lieu à un syndrome douloureux siègeant sur les voies génitales et rappelant les douleurs de l'enfantement.

CONCLUSIONS

1° On voit donc que si, en général, le tabes procure à la femme une frigidité génitale plus précoce qu'à l'homme, par contre, il lui permet encore de procréer, chose impossible pour l'homme.

Cela tiendrait, comme le pense Heitz, à ce qu'au moment où débute le tabes, la virulence de la syphilis est atténuée et que l'ovule échappe ainsi complètement à l'action des poisons syphilitiques.

Au point de vue de la descendance des tabétiques, si nous nous en rapportons à nos observations, sur 21 grossesses où l'on a des renseignements précis sur l'état du produit à la naissance et dans la suite, nous trouvons que dans 10 cas les enfants demeurent bien portants; dans 8 cas, ils meurent en bas-âge, dans deux cas il y eut fausse couche et dans un cas le fœtus naquit macéré. Ce qui nous donne une moyenne de 47 % d'enfants vivants, de 38 % d'enfants morts en bas-âge et de 15 % de fausses couches et mort-nés. Ces chiffres sont un peu différents de ceux donnés par MM. Spillmann et Perrin qui trouvent respectivement 40,70, 31,39 et 27,71 % pour les trois catégories.

2° Au point de vue de la grossesse :

Le tabes ne peut être considéré comme une cause de dystocie, mais bien comme une cause d'eutocie, il n'entrave pas la marche normale de la grossesse.

Les seules particularités qu'il peut entraîner pour la grossesse sont celles-ci :

Non perception des mouvements actifs du fœtus et au moment de l'accouchement ;

Difficulté de pousser, et il n'y en a qu'un cas de publié, et accouchement indolore.

3° Au point de vue du tabes :

La grossesse et la menstruation peuvent être considérées comme des causes aggravant momentanément la symptomatologie douloureuse du tabes.

La grossesse surtout aggrave considérablement les crises gastriques du tabes au point, dans certains cas, de les faire confondre avec des vomissements incoercibles ;

Malgré cela, l'évolution fatale du tabes s'en trouve peu influencée.

Vu :
Nancy, le 11 Avril 1912.
Le Président de Thèse,
A. HERRGOTT.

Vu :
Nancy, le 16 Avril 1912.
Le Doyen,
GROSS.

Vu et permis d'Imprimer :
Nancy, le 17 Avril 1912.
Le Recteur de l'Académie,
Ch. ADAM,
Correspondant de l'Institut.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Abadie et Grenier de Cardenal. — Province médicale, 22 septembre 1906.

Bar. — Traité de l'art des accouchements.

Cazeaux. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements. Chapitre. « Maladies qui peuvent exister pendant la grossesse ».

Dejerine et Thomas. — Maladies de la moelle épinière (collection Gilbert et Fournier).

Dufour et Cottenot. — Société de Neurologie, décembre 1908.

— Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, février 1909.

— Tribune médicale, janvier 1909.

— Revue neurologique, février 1910.

Grenier de Cardenal. — Thèse de Bordeaux, 1903, n° 124.

Heitz. — Gazette hebdomadaire médicale et chirurgicale, juillet 1902, n° 56.

Jakub. — Centralblatt für Gynäkologie, 1911.

Médail. — Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, 1885, page 231.

Mendel. — Die Tabes der Frauen, 1912, page 57. (Karger, édit.).

Mirabeau. — Centralblatt für Gynäkologie, 1902, n°5, page 125.

Offergeld. — Beiträge für Gebursthülfe und Gynäkologie, 1911.

Penkert. — Monatschrift für Gebursthülfe und Gynäkologie, 1909, page 153.

Ribemont-Dessaignes. — Précis d'obstétrique.

Spillmann et Perrin. — Etude sur la paralysie générale et le tabes, page 60 (Poinat, éditeur).

Tarnier. — Traité de l'art des accouchements. Tome II. Chapitre « Maladies du système nerveux ».

Testut. — Etude du système nerveux central. Tome II, p. 482.

Varnier. — Pratique des accouchements, obstétrique journalière, page 104.

Vinay. — Maladies de la grossesse. Chapitre XI « Maladies du système nerveux ».

Winckel. — Handbuch der Gebursthülfe. Chapitre « Erkrankungen des Centralnervensystems ».

TABLE DES MATIÈRES

Pages

PRÉFACE 5

CHAPITRE I. — Historique 7

CHAPITRE II. — Introduction 11

CHAPITRE III. — Innervation des organes génitaux chez la femme 15

CHAPITRE IV. — Tabes et grossesse.

A. Influence de la grossesse sur le tabes 21

B. Influence du tabes sur la grossesse 29

CHAPITRE V. — Tabes et accouchement 33

CHAPITRE VI. — Tabes et vie génitale.

1° Tabes et menstruation 57

2° Crises clitoridiennes 60

3° Frigidité génitale 63

4° Crises de faux accouchement 64

CONCLUSIONS 67

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE 69

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER, 4, QUAI CHOISEUL, NANCY